



ARIZONA EARLY INTERVENTION PROGRAM FOR INFANTS AND TODDLERS

Program Name

(Date)

(Parent's Name)

(Mailing Address)

Estimado(a) (Parent's Name):

El propósito de esta carta es informarle que (*child's name*) es elegible para participar en el Programa de Intervención Temprana de Arizona, denominado en inglés Arizona Early Intervention Program (AzEIP) basados en las discusiones con su familia, una revisión de los datos, la evaluación del equipo, la opinión clínica informada y [el diagnóstico de _____ de su hijo O la evaluación de desarrollo que encontró retraso de 50% o más en el área o áreas de desarrollo físico /comunicativo /social y emocional / adaptivo / cognitivo].

¿Qué ocurre a continuación?

- El miembro principal de su equipo se pondrá en contacto con usted para programar un tiempo para planear y/o desarrollar el Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP, por sus siglas en inglés), para su familia.
- Sus recursos, prioridades, inquietudes e intereses, tal como se relacionan con el desarrollo de su hijo(a), guiarán su IFSP.
- El proceso IFSP identifica los resultados que usted siente son de importancia para su hijo(a) y su familia.
- Usted y su equipo identificarán entonces las estrategias/ideas, gente y entorno o lugares de sus rutinas y actividades diarias para promover el desarrollo de su hijo(a).
- Su equipo ayudará entonces a identificar los apoyos y servicios para ayudarle a su hijo(a) y familia a cumplir con los resultados.

El IFSP se desarrolla entre usted, su familia, profesionistas involucrados en la evaluación de su hijo(a), su coordinador continuo de servicios de (*agency*) y cualquier otra persona que usted desee invitar a participar. Todas las intervenciones tempranas, apoyos y servicios se proporcionan de manera voluntaria. Se le pedirá que otorgue su consentimiento escrito después de discutir toda la información disponible y relevante. Posiblemente desee rechazar alguno de los apoyos y servicios y recibir únicamente aquellos para los que otorgue su consentimiento.

Debería haber recibido una copia del Folleto Salvaguardas de Procedimiento para las Familias. Si estuviera en desacuerdo con este hallazgo de elegibilidad, podrá emplear cualquiera de las formas descritas en el folleto para la resolución de desacuerdos. Por favor, infórmeme su desea otra copia del Folleto. Podrá encontrar así mismo esta información en la página electrónica de DES/AzEIP en <http://www.de.state.az.us/azeip/>.

Si requiere ayuda con esto o si tiene alguna pregunta, por favor, sírvase llamarme.

Atentamente,

[Name]

IPP Team Lead

[Program Name]

[Program Address]